Beitrag
zur Kenntnis der Primäraffekte an den Lippen und Mundschleimhäuten.

AUSZUG

aus der

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der

WÜRDE DES DOKTORS DER ZAHNHEILKUNDE

an der

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

vorgelegt von

LEO COHN

Zahnarzt aus Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Tag der Promotion: 27. Juli 1920

Dekan: Professor Dr. Rubner

Referent: Professor Dr. Williger

141

Die Tatsache, dass der Zahnarzt oft Gelegenheit hat, an den Lippen und Mundschleimhäuten als erster einen Primäraffekt festzustellen und besonders die Häufigkeit der P. A. am und im Munde, die nach den Statistiken von **Neumann, Fournier, Moses, Scheuer, Bulkley** und **Münchheimer** 55,1% aller extrag. Sklerosen und unter Zugrundelegung der Statistiken von **Mauriac, Pospelow, Mracek, Fournier** und **Zinsser** 2,4 – 4,9% der Gesamtinfektion beträgt, machen es dem Zahnarzt zur höchsten Pflicht, sich mit den Erscheinungsformen der P. A. genau vertraut zu machen. —

Die Häufigkeit erklärt sich aus der geringen Widerstandsfähigkeit des zarten Lippenrotes und der Mundschleimhäute gegenüber chemischen, thermischen, mechanischen und traumatischen Einflüssen, wodurch ständig kleine Epitheldefekte geschaffen werden, die das Eindringen der Sp. pallida sehr begünstigen.

Die Uebertragung kann entweder auf direktem oder indirektem Wege geschehen. Von den indirekten Uebertragungen interessieren dem Zahnarzt am meisten diejenigen, die durch nicht genügend gereinigte zahnärztliche und zahntechnische Instrumente und durch Gegenstände der täglichen Mundpflege hervorgerufen werden. Auf diese Weise entstandene P. A. sind u. a. von **Miller, Ritter, Finger, Zimmermann, Bunte** und **Moral** und besonders von **Williger** beobachtet worden. An dem syphilitischen Patientenmaterial der chirurgischen Abteilung des zahnärztlichen Institutes Universität Berlin aus den Jahren 1907 bis 1919 konnte ich drei Fälle feststellen, in denen nach den Anamnesen zu schliessen, bei zwei von diesen Fällen die Infektion durch die Zahnzange und in dem dritten bei der Entfernung einer Brücke durch einen Zahntechniker entstanden ist.

Die Möglichkeit einer indirekten Uebertragung wird durch die Versuche von **Gaston** und **Commandon, Scheuer, Gerber** und besonders **Hertmanni** über die Lebensfähigkeit der Sp. pallida ausserhalb des menschlichen Körpers erwiesen.

Eine weitere genaue Untersuchung des syphilitischen Materials der zahnärztlich chirurgischen Poliklinik ergab, dass 16% der Syphiliskranken P. A. an den Lippen und Mundschleimhäuten hatten und dass relativ häufig das Zahnfleisch und der Alveolarrand Sitz des Primäraffektes waren.

Die diagnostischen Hilfsmittel zur Erkennung eines P. A. können wir in solche einteilen, die dem Zahnarzt jeder Zeit zur Verfügung stehen und solche, die eine spezialwissenschaftliche Ausbildung und Einrichtung voraussetzen. Zu jenen gehören die Anamnese und der klinische Befund, zu diesen der parasitologische und serologische Befund und die Diagnose „ex iuvantibus“.

Die **Anamnese** versagt meist auch bei P. A. am und im Munde, sie kann aber besonders, wenn eine Zahnbehandlung in der Incubationszeit erfolgt ist, auf die richtige Spur führen.

Der **klinische Befund** ist nur dann allein ausschlaggebend, wenn alle Symptome des P. A. in typischer Form zur Ausbildung gelangt und auch bereits sekundäre Effloreszenzen vorhanden sind, wie ein von mir beachteter Fall aus der zahnärztlichen Klinik beweist.

An den **Lippen** unterscheiden wir die flach erhabene Erosion, das Ulcus elevatum und den ulcerösen Schanker.

Differentialdiagnostisch kommen von ernsten Erkrankungen an den Lippen, wie auch an den Mundschleimhäuten Karzinom, Tuberculose und tertiäre Lues in Betracht, von harmlosen Krankheiten besonders Herpes, Aphthen, Säureverätzungen und an den Lippen noch besonders Verbrennungen durch eine Cigarre oder Cigarette.

Der P. A. **am Zahnfleisch** hat je nachdem er auf gesundem oder krankem Zahnfleisch sitzt, die typische oder atypische Form. Die typische Form stellt sich als eine deutlich umschriebene, leicht elevierte Infiltration von runder oder halbmondförmiger Form, die atypische als ovaläre oder V förmige, oberflächliche, scharfrandige Erosion dar. — Zwei Fälle aus der zahnärztlich chirurgischen Klinik veranschaulichen näher das klinische Bild des P. A. am Zahnfleisch.

Der P. A. **am Alveolarrande** zeigt keine Abweichung von den Zahnfleischsklerosen.

An den **Tonsillen** erscheint der P. A. entweder als erosives Geschwür oder als hartnäckige Ulceration. Er kann aber auch eine anginöse, diphtherische oder gangranöse Form haben.

Der P. A. **an der Zunge** kenntzeichnet sich entweder als Erosion mit infiltriertem Grunde oder als Geschwür.

Am **harten Gaumen** haben die P. A. keine besonderen Eigentümlichkeiten. Ein von **Williger** beobachter Fall zeigt, dass der P. A. am harten Gaumen unter dem Bilde eines kleinen harmlosen Schleimhautdefektes erscheinen kann.

Die Symptome der P. A **am weichen Gaumen** sind die einer chronischen Angina. Es kann zu Ulcerationen grösserer Ausdehnnug kommen.

Der P. A. **an der Wangenschleimhaut** zeigt die Abweichungen von dem typischen Charakter. Ein in der zahnärztlich chirurgischen Poliklinik beobachteter Fall charakterisiert das klinische Bild näher

Die Entdeckung der **Spirochaete pallida** hat uns der Schwierigkeiten enthoben, die sich vor 1905 der Diagnose des P. A. aus dem klinischen Bilde allein entgegenstellten. Da ihr Nachweis aber grosse

Uebung im Mikroskopieren und Sachkenntnis erfordert, weil Verwechselungen mit anderen Mundspirochaeten vorkommen können, ist es für den Zahnarzt bei Verdacht auf Lues ratsam, den Patienten einer speziellen Untersuchungsstelle zu überweisen.

Die **Wassermann**'sche **Reaktion** hat bei P. A. nur einen bedingten Wert, weil sie erst ungefähr 6 Wochen nach der Infektion positiv ausfällt und auch bei verschiedenen anderen Krankheiten die gleiche Reaktion auftritt.

Wenn alle anderen diagnotischen Hilfsmittel versagen, kann durch die Anwendung des Salvarsans die Diagnose unter Umständen gesichert werden.

Die allgemeine Therapie durch Quecksilber und Salvarsan ist lediglich Sache des Facharztes, dagegen muss der Zahnarzt auch die locale Behandlungsmethode genau kennen.

Der **Verlauf** der P. A. an und im Munde ist bei frühzeitiger Behandlung günstig.

Die **Prognose** ist bei rechtzeitiger Diagnose und durchgeführter Behandlung nicht ungünstiger wie bei genitalem Sitz.

Die **Prophylaxe** besteht im Selbstschutz des Zahnarztes durch Benutzung von Gummihandschuhen und in einer sorgfältigen Desinfektion der Hände durch Sublimat oder ein anderes gleichartiges Desinfektionsmittel und zum Schutze der Patienten in einer peinlichen Desinfektion aller in Anwendung gekommener Instrumente. Bei ständiger Beobachtung aller Regeln der Antisepsis wird der Zahnarzt gegebenenfalls einer gerichtlichen Klage wegen fahrlässiger Schädigung des Patienten mit Ruhe entgegensehen können.

Das einschlägige Material ist den Werken oder Abhandlungen von 41 Autoren entnommen; besonders genannt seien die Lehrbücher und Schriften von:

Guttmann, Joseph, E. Lesser, Lieven, Misch, Mikulics-Kümmel, Mühsam, Neumann, Partsch, Riecke (Buschke), **Scheuer, Williger** und **Zinsser.**